



ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento asociado a patología sin la presencia de enfermedad: Un estudio de caso

Behavior associated a pathology without the presence of disease: A study case

Winter Edgar Reyna Cruz ^{1*}, César Alberto Tapia Barrón ², Cristian Javier Ocampo Solis ² y María de Lourdes Rodríguez Campuzano ²

¹ Centro de Investigaciones Administrativas, Económicas y Sociales, Instituto Politécnico Nacional, México.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

* Correspondencia: psicologo.winter.reyna@gmail.com

Recibido: 09 de julio de 2018; Revisado: 10 de agosto de 2019; Aceptado: 29 de agosto de 2019; Publicado Online: 01 de septiembre de 2019.

CITARLO COMO:

Reyna Cruz, W., Tapia Barrón, C., Ocampo Solis, C., & Rodríguez Campuzano, M. (2019). Comportamiento asociado a patología sin la presencia de enfermedad: Un estudio de caso. *Interacciones*, 5(3), e198. doi: 10.24016/2019.v5n3.198

RESUMEN

PALABRAS CLAVE

Interconductismo;
Modelo psicológico de la salud biológica;
Competencias;
Comportamiento enfermo;
Análisis contingencial.

Introducción: Se describe y se señalan los errores lógicos de la visión que adoptan algunas posturas dualistas según la cual lo mental puede padecer enfermedad y afectar al comportamiento, específicamente en el contexto de los casos en que un individuo reporta padecer síntomas de alguna enfermedad sin que exista un correlato patológico medicamente comprobable. **Método:** Se presenta el caso de un hombre adulto quien reporta padecer síntomas de diversas enfermedades no confirmadas por los estudios médicos que se realizó. El caso se aborda desde una perspectiva naturalista y de campo mediante la aplicación de la metodología del Análisis Contingencial derivada de la psicología interconductual. Se identificaron los factores, circunstancias y criterios valorativos relacionados con la presentación del "comportamiento enfermo" del usuario. Se diseñó e implementó una intervención para modificar los aspectos pertinentes. **Resultados:** La intervención permitió que el usuario desarrollara competencias para cumplir con lo que socialmente se esperaba de él y que dejara de reportar el padecimiento de enfermedades no demostrables medicamente. **Conclusión:** Se señalan los beneficios de la postura naturalista de este trabajo en contrapartida de aquellas que conceptúan este tipo de casos como enfermedades mentales y cuyas intervenciones se orientan a la sanación de lo no corpóreo.



KEYWORDS

Inter-behaviorism,
Psychological model
of biological health;
Competences;
Illness behavior;
Contingential analysis

ABSTRACT

Background: The logical errors of visions adopted by dualistic positions are described and indicated, specifically in the context of cases that an individual reports suffering symptoms of a disease without a medically and verifiable pathological. According to this logic, the mental can suffer disease and affect the behavior. **Methods:** A case of an adult man reporting different illnesses is exposed on this paper. The medical studies carried out do not confirm the presence of any pathology. This case is studied from a naturalistic and field perspective by applying the methodology of Contingential Analysis derived from interbehavioral psychology. The factors, circumstances and value criteria related to the presentation of the "illness behavior" of the psychological service user are identified. An intervention was designed and implemented to modify these aspects. **Results:** The intervention allowed the user to develop competencies to fulfill what was socially expected from him and to stop reporting the condition of diseases not medically demonstrable. **Conclusion:** The benefits of this naturalistic are indicated in this work, compared to those that conceptualize this kind of cases as mental illnesses, whose interventions are oriented to the cure healing of the noncorporeal.

INTRODUCCIÓN

Algunos de los problemas que diversos especialistas de la salud remiten con frecuencia a la intervención psicológica, son aquellos casos en que un individuo reporta el padecimiento de una serie de síntomas corporales que sugieren la presencia de algún trastorno o enfermedad; no obstante, los resultados de la evaluación médica apuntan hacia la inexistencia de cualquier causa orgánica o fisiológica que dé cuenta de tales síntomas o que demuestre que el individuo en cuestión padezca alguna patología (Kellner, 1994).

Una suerte de variante particular de este tipo de casos, que de igual manera se remiten al trabajo psicológico, son aquellos cuya característica principal es la preocupación desmedida y/o la ansiedad que siente el individuo por padecer alguna enfermedad grave. De acuerdo con Pena (1997) y con Lacunza, Díaz y Ardanaz (2016), estas sensaciones surgen como efecto de la interpretación que hace la persona de alguna sensación o signo corporal como el padecimiento de una o distintas patologías; sin embargo, de nueva cuenta, no existe ninguna causa o razón médica que sustente la convicción o preocupación del individuo de estar enfermo.

La razón por la cual este tipo de casos se remiten a la terapia psicológica es porque se presupone que la inexistencia de evidencia física, que permita diagnosticar con propiedad una enfermedad, apunta hacia causas de diferente índole o naturaleza: a factores de carácter mental (Lemos, Restrepo & Richard, 2008). Aspectos que no son susceptibles de ser abordados desde el modelo biomédico —limitándose a considerar a este tipo de casos como medicamente inexplicables—; y que, además, se presupone entran en el campo de trabajo de la psicología en tanto se equipara, implícita o expresamente, a lo mental con lo psicológico (Brown, 2004; Klaus, Rief, Brähler, Martin, Glaesmer & Mewes, 2013).

Precisamente, esta inclinación a considerar lo mental como lo que permite explicar los casos en que la persona se interpreta enferma sin realmente padecer alguna patología, es consistente con la lógica dualista mente-cuerpo cuya suposición paradójica indica la afectación recíproca de lo corpó-

reo y lo no corpóreo. Esta lógica es llevada al terreno de la salud para dar cobertura a todos aquellos casos que escapan al modelo biomédico, lo que ha permitido postular que (i) la mente enferma al cuerpo, es decir, la mente ocasiona enfermedades biológicas; (ii) el cuerpo enferma a la mente, esto es, las enfermedades biológicas provocan afecciones mentales o psicológicas; o bien, (iii) la mente se enferma afectando al comportamiento de las personas sin que ello repercuta en el cuerpo; dicho de otra manera, la persona se cree enferma y se comporta como tal, pero sin padecer una patología (Ribes, 1990; Lemos, Restrepo & Richard, 2008; Rubin & Wessely, 2001).

Valga señalar que esta lógica ha sustentado diversos trabajos que estudian este tipo de problemas en el campo de la llamada salud mental, para la cual se han acuñado conceptos, especialmente en el campo de la psiquiatría, para referirse a una gran variedad de supuestos fenómenos en que la mente, lo no corpóreo, se enferma (e.g., psicopatológico, psicosomático, enfermedad mental, entre otros). Dichos conceptos, han sido recuperados y adoptados por diferentes perspectivas psicológicas —incluso sus criterios de diagnóstico—, para estudiar, por ejemplo, los casos en que los individuos sienten ansiedad por padecer o interpretar padecer alguna enfermedad (Szasz, 1996). Así pues, en este tipo de casos ha adquirido justificación el empleo de conceptos tales como hipocondría, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno hipocondriaco, entre otros; los cuales, además, se incluyen dentro de la gama de trastornos denominados somatomorfos o de síntomas somáticos (c.f., Organización Panamericana de la Salud, 2003; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Es así como la lógica dualista y la concepción de la mente enferma se considera vigente en la disciplina psicológica en lo que respecta al estudio de este tipo de casos, sin que se parta de una reflexión crítica de tal lógica y de las suposiciones que le subyacen. En párrafos más adelante se en este trabajo se realiza precisamente dicha labor reflexiva y se señalan los errores lógicos de esta visión; no obstante, antes

de ello, es importante señalar que cuando no se realiza esta labor crítica, se parte de la suposición de que los síntomas reportados por tales individuos, al no tener una causa física, entonces están asociados a diversos factores mentales o a una enfermedad mental, particularmente denominada de tipo psicosomático, que permiten entender por qué estos se consideran enfermos sin que exista, cuando menos, un correlato biológico que los sustente (Kellner, 1994; Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Löwe, 2010; Witthöft & Hiller, 2010).

Muestra de ello son las diversas investigaciones que es posible encontrar en la literatura de corte psicológico en las que se adopta la lógica dualista y las suposiciones de la enfermedad mental para tratar de resaltar los factores mentales que dan lugar a que una persona se preocupe desmedidamente por estar enferma o por creerse enferma sin estarlo realmente. Por ejemplo, existen estudios que han reportado factores predisponentes, detonantes y persistentes bajo una óptica de procesos mentales, tales como el estrés percibido (Mauder & Hunter, 2001; Henningsen, Jakobsen, Schiltenswolf & Weiss, 2005); las emociones (Rief, Martin, Klaiberg & Brähler, 2005; Fernández, Fernández, Amigo & Pérez, 2006; Sánchez-García, 2013); el trastorno mental resultado de haber sufrido abuso físico, sexual o psicológico (Afari, Ahumada, Wright, Mostoufi, Golnari & Reis, 2014); diversos trastornos mentales como la neurosis (Deary, Scott & Wilson, 1997; De Gucht, Fischler & Heiser, 2004); algunos procesos cognitivos como la atención, las creencias y las atribuciones del individuo (Norman & Shallice, 2000; Kolk, Hanewald, Schagen & van Wijk, 2003; Brown, 2004; Bor-kum, 2010); entre otros.

Asimismo, es posible encontrar diversos trabajos de corte psicológico, particularmente estudios de caso en el ámbito clínico u hospitalario, en los que también se adopta el modelo biomédico y la suposición de factores internos de carácter mental o de enfermedades mentales para tratar a pacientes que presentan el tipo de problema que se ha venido señalando. En dichos estudios, se conciben, diseñan e implementan estrategias de intervención encaminadas a la sanación de lo incorpóreo, es decir, de los trastornos o enfermedades mentales (Szasz, 1996). A este respecto, Cano y Rodríguez (2017) señalan que la perspectiva cognitivo-conductual es la que actualmente tiene mayor dominancia en el tratamiento de este tipo de casos. La suposición básica de estos estudios es que los procesos cognitivos, de carácter interno, tienen un peso decisivo en la presentación de este tipo de problemas en los que una persona reporta el padecimiento y/o la preocupación por padecer alguna enfermedad sin realmente estar enfermo. En este sentido, el tratamiento implementado se enfoca en la modificación de tales procesos. Para evidenciar lo anterior, baste revisar los distintos metaanálisis y artículos de revisión en los que se presentan y analizan las diferentes intervenciones cognitivas-conductuales aplicadas al tipo de problemas que se han mencionado (e.g., Deary, Chalder & Sharpe, 2007; Kroenke,

2007; Martin, Rauh, Fichter & Rief, 2007; Smits, Berry, Tart & Powers, 2008; Kleinstäuber, 2013; Olatunji, Kauffman, Meltzer, Davis, Smits & Powers, 2014).

Por otra parte, Cano y Rodríguez (2017) señalan que algunas terapias de tercera generación, específicamente la terapia de aceptación y compromiso, se están abriendo paso en este terreno; sin embargo, de igual manera, la lógica dualista impregna este tipo de terapias pues se le da cierto peso al factor cognitivo el cual se considera interno al individuo. Los análisis y revisiones de dicha terapia aplicado a las llamadas psicopatologías somáticas dan cuenta de ello (e.g. Öst, 2014; A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits & Emmelkamp, 2015; Veehof, Trompetter, Bohlmeijer & Schreurs, 2016).

Es, en este punto, que adquiere relevancia reflexionar sobre la pertinencia de la adopción de la lógica dualista y la suposición de una mente enferma en el abordaje de casos particulares en que existen comportamientos asociados a enfermedad, pero sin la presencia de ésta. La razón de ser de tal reflexión no es con la intención de desacreditar los trabajos realizados en este sentido; tampoco, con pretensiones de juzgar la eficacia de las intervenciones reportadas desde los enfoques psicológicos mencionados en párrafos anteriores. Por el contrario, como se señala en Tapia (2019), la intención es indicar los errores de visualizar ciertos aspectos del comportamiento humano como enfermedades psicológicas para que ello promueva el pensar en formas de intervención que sean congruentes con una visión naturalista del comportamiento.

En este sentido adquiere pertinencia recuperar los apuntes realizados por Ribes (1990), en torno al doble error lógico que supone la noción de enfermedad mental y de la delimitación del campo, mal llamado, de la salud mental. Dicho doble error lógico consiste, por un lado, en que se asume la existencia de una entidad distinta a lo corpóreo y que se rige por leyes distintas a las de lo material y tangible, pero que afecta y es afectada por lo corpóreo, cuya ocurrencia y existencia se da dentro de un cuerpo. Por otra parte, a pesar de no ser un cuerpo, tal entidad inmaterial es susceptible de padecer enfermedad de la misma manera en que lo hace un cuerpo, esto es así dado que se aplica la lógica del modelo biomédico a problemas referentes al comportamiento y su valoración social.

En cuanto al primer aspecto, la postulación de una entidad no corpórea que afecta y es afectada por lo corpóreo, se fundamenta en lo que Ryle (1949) denomina el mito del fantasma en la máquina de acuerdo con la cual se considera a que las personas están “conformadas” por dos entidades de naturaleza distinta: la mente y el cuerpo. El error lógico de este mito descansa en la suposición de la mente como lo inmaterial, que no se rige por las mismas leyes de lo tangible, pero que afecta al cuerpo. De igual manera, a pesar de no ser un cuerpo y, por lógica, no ser susceptible de predicársele las propiedades de un contenedor, se le propone como el locus de ocurrencia de los distintos fenómenos psicológicos: sentir, emocionarse, creer, pensar, reflexionar,

imaginar, etcétera.

En este sentido, Ribes (1990, 2009, 2018) señala que el error lógico que supone el mito del fantasma en la máquina radica en que se trata a los términos que están asociados a lo psicológico en el habla ordinaria, como sustantivos (e.g., pensamiento, creencia, emoción, sentimiento) o verbos (e.g., pensar, creer, emocionarse, sentir), como si refirieran inequívocamente a objetos o acciones, pero de un tipo especial. Situación tal que ha justificado la noción de la mente como el contenedor de tales objetos o el locus de ocurrencia de dichas acciones. Esta suposición, señala el autor recién citado, deviene de la incomprensión de la lógica del lenguaje ordinario (i.e., el significado como uso) y de la descontextualización de los términos de las situaciones prácticas en que éstos tienen sentido y tratarlos como si fuesen términos teóricos en sí mismos.

En este contexto, destaca la labor de Ryle (1949) al ubicar los términos inherentes a la vida mental de los individuos, no como entidades internas, sino como disposiciones; es decir, como inclinaciones, propensiones, estados, entre otros; relacionados con y respecto del comportamiento de las personas en las circunstancias en que éste tiene lugar. Siguiendo esta línea de pensamiento, al hacer referencia a un concepto mental sería un error lógico tratar a éste como si fuese algo incorpóreo que ocurre o tiene lugar en el interior de las personas; y que afecta y es afectado, de una u otra manera, por lo corporal. Contrario a ello, el análisis de Ryle (1946) invita a concebir a los conceptos mentales como disposiciones relacionadas con el comportamiento en el contexto particular en que ocurre.

Entonces, al no advertir el error lógico que supone la adopción del mito del fantasma en la máquina, se ha extrapolado el modelo biomédico a problemas referentes al comportamiento, postulando la posibilidad de un segundo nivel de salud y de propensión a la enfermedad además del biológico: el de lo mental (Ribes, 1990). En consecuencia, se ha postulado la existencia del campo llamado de la salud y enfermedad mental. Como se señaló líneas arriba, este último concepto, el de enfermedad mental, se ha empleado para dar cobertura a todos aquellos supuestos fenómenos en que la mente se enferma por afectación de o afectando a lo corporal, así como aquellos casos en que las personas perciben enfermedad sin padecerla.

A este respecto, Szasz (1986) señala que el concepto de enfermedad y de patología se ha utilizado de manera metafórica para referirse a los “desórdenes mentales” en tanto en el modelo médico tal concepto ha sido empleado para aludir a los desórdenes o alteraciones del cuerpo, manifestados en cambios funcionales o estructurales. Así pues, la metáfora de la enfermedad mental se emplea para referirse a comportamientos que producen efectos parecidos a las alteraciones y desordenes biológicos pero que no son propiamente enfermedades. De hecho, en otro espacio (Szasz, 1996) este mismo autor señala que el término tratamiento también se ha empleado de manera metafórica en el ámbito

de la salud mental, pues tal concepto refiere a “una intervención fisicoquímica en la estructura y la función del cuerpo con el propósito de combatir o curar una enfermedad” (p. 6); sin embargo, se ha empleado en el ámbito de la salud mental para referirse a la intervención de lo mentalmente alterado para combatir o sanar tales alteraciones.

Complementando los argumentos del autor anteriormente citado, los profesionales que han usado tales conceptos han caído víctimas de la metáfora (Turbayne, 1976), y se ha supuesto la verdadera alteración y desorden de la mente de la misma manera en que le ocurre al cuerpo. Asimismo, se ha supuesto que, de igual manera, se pueden implementar intervenciones que se orientan a la sanación de lo no corpóreo. Para Kantor y Smith (2015) este tipo de prácticas tienen lugar debido a que, al no encontrar explicación para cierto tipo de comportamientos, éstos se consideran sobrenaturales y misteriosos los cuales “provocan descripciones tales como anormales y hasta patológicas” (p. 410); incluso, señalan estos autores, para dar cuenta de este tipo de comportamientos se invocan todo tipo de criterios. Valga agregar a los señalamientos de estos autores que, en el caso del tipo de comportamiento que se ha venido haciendo alusión, los criterios para describirlo y dar cuenta de ello son recuperados del ámbito médico e, incluso, se extrapolan algunos de sus conceptos (e.g., patología, enfermedad, salud, entre otros) y se aplican al campo de la psicología.

Todas estas reflexiones críticas hacen patente la necesidad de abordar este tipo de problemáticas desde una lógica y visión diferentes. En concordancia con ello, en este trabajo se presenta un estudio de caso de un individuo que interpreta ciertas sensaciones y signos corporales como enfermedades crónico-degenerativas. El caso se aborda desde una lógica distinta a las señaladas anteriormente: el de la psicología interconductual. En términos generales la psicología interconductual es una perspectiva científica que parte de una visión de campo sobre el comportamiento en general; es decir, como un sistema de factores interrelacionados que dan lugar al comportamiento psicológico. Esta postura ubica lo psicológico como un fenómeno natural que consiste en la interacción del individuo con objetos, personas o acontecimientos en un contexto definido. En esta concepción simplemente carece de sentido la distinción de lo mental y lo corporal, así como de lo interno y externo, en tanto la explicación, descripción e interpretación del comportamiento se realiza respecto de las circunstancias en que éste tiene lugar y de los factores propios de la situación que posibilitan tal interacción (Kantor, 1978; Kantor & Smith, 2015).

En estrecha correspondencia con y derivado de la lógica de campo que sustenta la psicología interconductual, se ha edificado un modelo para la identificación de la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad (c.f., Ribes, 1990). Entre otras cosas, una de las virtudes de este modelo es que permite la reconceptualización de los problemas tradicionales asociados a la salud mental desde una lógica diferente. En particular, dichos fenómenos, frecuentemente

referidos como enfermedades mentales, son conceptualizados en el modelo como conductas asociadas a patologías biológicas, ya sea como consecuencia del padecimiento de una patología; o bien, como comportamiento normalmente asociados a ciertas patologías, pero sin la presencia de éstas. De las concepciones que acompañan y se derivan del modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (1990), el aspecto recién señalado en el párrafo anterior es lo que resulta relevante para el presente trabajo, pues este autor considera que el tipo de fenómenos que se ha venido mencionado son efecto de o están sustentadas en la carencia de competencias instrumentales de la persona para ajustarse a ciertas demandas de carácter social. Por estas razones, es que el caso bajo estudio que se presenta más adelante no se conceptúa como algún fenómeno psicopatológico o de enfermedad mental; más bien, es entendido como un comportamiento asociado a enfermedad, pero sin la presencia de patología alguna, el cual es resultado de la carencia de competencias de carácter instrumental para que el individuo pueda ajustarse a ciertas demandas sociales.

Finalmente, derivado de la psicología interconductual, específicamente del sistema teórico propuesto por Ribes y López, (1985), se desarrolló el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986; Rodríguez, 2002) el cual permite analizar el comportamiento desde una lógica de campo y la identificación de los factores relacionados con los comportamientos emitidos por el individuo en la interacción que éste establece con otras personas en circunstancias definidas, así como describir el papel funcional que juega cada uno de tales factores en tal interacción. Este análisis ha sido aplicado en diversos ámbitos en que el comportamiento humano tiene lugar y diferentes tipos de problemas inherentes al comportamiento y su valoración social; entre ellos se encuentra un estudio de caso en que, desde otras perspectivas, bien pudiera ser referido como un caso de psicopatología; pero que en tal trabajo se le aborda desde tal perspectiva naturalista y de campo (c.f., Rodríguez & Díaz-González, 1999).

En el caso del ámbito clínico, es decir, en la atención de problemas interpersonales referidos por el individuo que solicita el servicio o por otros significativos con los que éste se relaciona; el análisis contingencial se emplea como una metodología para el análisis y modificación del comportamiento individual la cual consta de cinco pasos: análisis microcontingencial; análisis macrocontingencial; análisis de la génesis del problema; análisis de soluciones; y selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención. No es el objetivo de este trabajo proporcionar una descripción pormenorizada de cada uno de cada uno de estos pasos, los cuales se puede consultar en Rodríguez (2002), valga decir únicamente que estos pasos consisten, grosso modo, en lo siguiente:

- Análisis microcontingencial, en esta fase se analizan todos los factores o circunstancias específicas en las que se desarrolla una interacción, para ello se establecen

cuatro categorías por analizar: morfologías de la conducta, situaciones, funciones del comportamiento de otras personas, y efectos.

- Análisis macrocontingencial, que es un análisis del contexto valorativo de la interacción analizada en la fase anterior, en términos de la correspondencia entre lo que cree y hace el individuo y las personas significativas con las que se relaciona.
- Análisis de la génesis del problema, refiere a la identificación de los factores históricos que son relevantes para explicar el problema y su correspondiente afectación a la conducta.
- Análisis de soluciones, en la que se plantean todas las posibles alternativas de cambio.
- Diseño, selección, aplicación y evaluación de la intervención, donde se elaboran los procedimientos de modificación de acuerdo con la evaluación realizada.

En atención a lo anterior, en este trabajo se presenta un caso de un adulto que reporta padecer diferentes síntomas normalmente asociados a diversas enfermedades pero que medicamente no se ha confirmado el padecimiento de ninguna patología. Este tipo de casos, como se señaló, fue conceptuado por el médico que lo remitió como un caso de hipocondría y de enfermedad psicósomática; sin embargo, en este trabajo no se recupera tal concepto ni, mucho menos, la lógica que le subyace. Por el contrario, se aborda desde la lógica naturalista y de campo de la psicología interconductual, específicamente de la metodología del análisis contingencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El usuario J de 32 años, de un nivel socioeconómico alto, se presentó al consultorio con la queja de que pensaba constantemente que estaba enfermo e incluso que sentía diferentes síntomas de un amplio catálogo de enfermedades; no obstante, comentó que el médico, al no haber confirmado ningún diagnóstico de carácter médico, le mencionó que lo que tenía era de origen psicológico y le sugirió acudir a terapia psicológica. Aunado a ello, el usuario decidió acudir con un psicólogo debido a que por pensar recurrentemente que estaba enfermo no podía organizar una empresa que su padre le había dejado a su cargo; lo cual había provocado que su padre le advirtiera en diversas ocasiones que, si no dejaba de estar enfermo y comenzaba a hacerse cargo de la empresa, buscaría a alguien que sí pudiera.

Es importante señalar que el usuario comentó que el único diagnóstico médico que había sido confirmado por diversos especialistas era una arritmia que le detectaron desde hace un par de años atrás. A este respecto, mencionó que cuando su médico familiar le dio tal diagnóstico, éste le sugirió ciertos cuidados porque, a pesar de que no era grave, podía provocarle otros padecimientos o alteraciones que sí podían llegar a ser de gravedad. Así, cada que el usuario acudía con dicho médico porque creía padecer alguna enfermedad, éste le decía que lo único por lo que debería preocuparse era

de su arritmia.

De acuerdo con la información recabada en la entrevista con el usuario, él empezó a interpretar como enfermedades graves varios de los síntomas que sentía o de los signos que veía en su cuerpo, a partir de que su padre le dijo que ya no podía seguir con su vida de fiesta y de falta de obligaciones. Precisamente, dado que el usuario ya había terminado sus estudios, no tenía trabajo, seguía viviendo en casa y bajo la manutención de sus papás, y porque frecuentemente iba fiestas y centros nocturnos, es que su padre le creó una empresa y dejándolo a él a cargo, no sin antes advertirle que si no era capaz de “sacar adelante” tal empresa lo dejaría de reconocer como su hijo, ya que estaba fastidiado de “estar manteniendo un inútil”.

A pesar de no tener experiencia dirigiendo una empresa, J intentó hacerse cargo; sin embargo, se empezó a sentir presionado y estresado por las exigencias constantes de su padre y porque debía cumplir con ciertas labores como dirigir juntas, reunirse con otros empresarios, ajustarse a un horario de trabajo y organizar a sus empleados. Fue entonces que el usuario empezó a sentir fatiga, dolor en el pecho, dificultad para respirar y mareos, lo que lo llevó a pensar que su arritmia se estaba complicando. Por tal razón, decidió acudir con el médico de la empresa quién le comentó que, de ser ciertos sus síntomas, su arritmia podría empeorar y generarle otras enfermedades.

A partir de tal circunstancia, cuando llegaba a casa después del trabajo buscaba en internet qué enfermedades estaban relacionadas con los síntomas que sentía. Fue así como empezó a creer que padecía las enfermedades que él leía en internet que se relacionaban con lo que sentía. Incluso, buscaba síntomas de otras enfermedades que pudieran estar asociadas a las que él creía que padecía, lo que lo llevó a creer que también sentía tales síntomas y, por ende, dichas enfermedades. Así pues, a pesar de no sentir ningún síntoma, en cuanto lo leía en internet, comenzaba a “sentir” los síntomas de la enfermedad que encontraba. Por ejemplo, el usuario comentó que en alguna ocasión sintió mareos, por lo que buscó en internet qué enfermedades presentan mareos como síntomas; entre otras cosas, leyó que en ocasiones ciertos pacientes con cáncer solían presentar mareos con náuseas como efecto colateral del tratamiento por quimioterapia; fue así como empezó a “sentir” ascos, a pesar de no haber sido sometido a ninguna quimioterapia; en consecuencia, tal situación lo llevó a creer que tenía cáncer. De esa misma manera, llegó a creer que tenía diabetes; insuficiencia renal; sinusitis y otras enfermedades respiratorias; enfermedades cardíacas; entre otras. Y, además, el creer padecer dichas enfermedades lo llevaba a actuar como si tuviera los síntomas propios de éstas.

Por esas razones acudía constantemente al médico, en particular con su médico familiar. Debido a que sus “síntomas” variaban constantemente, cambiaba de una enfermedad a otra cuando iba al médico quién le hacía todo tipo de pruebas que lo llevaban a descartar el padecimiento de cualquier

patología. Por ello, su médico constantemente le mencionaba que debería dejar de preocuparse por enfermedades que no tiene y centrarse en su arritmia puesto que se le podría complicar sin los debidos cuidados (a pesar de que él seguía al pie de la letra las indicaciones). El usuario señaló que este tipo de comentarios, más allá de calmarlo, lo preocupaban más.

Por otra parte, el usuario reportó que las personas con las que se relacionaba constantemente actuaban de manera diferente frente a su “comportamiento enfermo”. Por ejemplo, cuando comenzó a generar los supuestos síntomas, los empleados de su empresa le preguntaban si se sentía cansado o estaba enfermo, puesto que lo veían débil, agotado y enfermizo. Con el tiempo, cada que iba a trabajar se encerraba en su oficina y apagaba las luces mencionando a sus empleados que se sentía mal y que nadie lo molestara; asimismo, solía llegar tarde y dejó de asistir a las juntas importantes. Algunas de sus empleadas se acercaban para preguntarle cómo estaba y le comenzaron a dar tratos de cuidado e incluso tenían relaciones sexuales con él; mientras que el resto de sus empleados cubrían las funciones de la empresa que a él le correspondían.

Otras de las personas con las que tenía constante contacto era su actual exnovia. Cuando el usuario empezó a liderar su propia empresa, su exnovia (novia actual en ese momento) terminó la relación debido a que el usuario le fue infiel en una fiesta; sin embargo, él seguía manteniendo contacto con ella. Cuando J empezó a sentirse enfermo, le comentó a su exnovia lo sucedido y le pedía que lo cuidara y lo ayudara a salir adelante, ella accedió y acudía a la casa del usuario cuando éste la llamaba porque se sentía mal. Cada que eso pasaba ella le decía que no estaba enfermo, que todo estaba en su mente y que tenía que pedir ayuda psicológica. En un inicio solamente lo cuidaba, pero posteriormente comenzaron a mantener relaciones sexuales cada que iba a cuidarlo cuando le llamaba y le decía que se sentía mal. Cabe señalar que cuando el usuario le marcaba y no comentaba que se sentía mal o enfermo, pero pedía verla, ella se negaba y no lo veía.

Su padre, por otra parte, ante el “comportamiento enfermo” del usuario, le advertía que debía de dejar de estar enfermo y encargarse de la empresa porque, a pesar de que la empresa estaba funcionando bien, no era por la labor del usuario, sino de sus empleados. Por ello le marcaba constantemente para reiterarle que se hiciera cargo o de lo contrario lo dejaría de reconocer como su hijo y pondría a una persona que si fuera capaz en su puesto. Esta situación lo hacía sentirse aún más presionado por el manejo de la empresa y preocupado porque comentaba que su papá se estaba distanciando más y se había vuelto hostil con él. Situación que lo llevó a considerar la propuesta de su médico sobre ir con un psicólogo.

Para finalizar cabe señalar que J comentó que él nunca se había hecho responsable de nada, a pesar de que solía ayudar en la empresa de su padre, sin embargo, era una suerte

de trabajo de secretario (únicamente se dedicaba a sellar unos oficios y entregarlos) lo cual no le requería gran esfuerzo y su vida era prácticamente salir con amigos e ir de fiesta. Refirió que cuando iba en la universidad, todos sus amigos eran unos irresponsables, puesto que constantemente inventaban excusas o pretextos para evitar responsabilidades; además, ellos mismos decían que así debía de ser, que los encargados de ellos eran sus padres y los demás. Incluso cuando terminaron la carrera todos pensaban trabajar en los puestos o lugares donde los acomodaran sus respectivos padres. El usuario se comportaba de manera similar y actualmente considera que él no debería de llevar la empresa, que debería de ser su padre y sus empleados los encargados de tal responsabilidad.

ANÁLISIS DEL CASO

Análisis microcontingencial

Como se explicó, el primer paso de la metodología del análisis contingencial consiste en el análisis microcontingencial;

es decir, el análisis del conjunto de relaciones que establece el usuario con otras personas en las circunstancias en que lo hacen y que afectan tales relaciones de manera disposicional. En atención a lo anterior, en la Tabla 1 se representa el análisis microcontingencial del caso bajo estudio en este trabajo y que se expuso en el apartado anterior.

Como se señala en Rodríguez (2005), un aspecto ineludible de este primer paso del análisis contingencial es la identificación de los factores críticos de las relaciones microcontingenciales; es decir, los factores que juegan un papel funcional mayormente relevante para que tal relación se presente de la manera en que lo está haciendo y, en ese sentido, el problema bajo análisis se siga presentando. Así pues, para este caso bajo estudio las incompetencias del usuario para llevar a cabo lo socialmente esperado es un factor que juega un papel relevante, puesto que, al carecer de competencias, la presentación de síntomas de diversas enfermedades, le permitía cumplir con aquello que le era demandado.

Tabla 1. Representación del análisis microcontingencial.

MORFOLOGÍAS	SITUACIÓN	PERSONAS	EFFECTOS
<i>Del usuario</i>	<i>Circunstancia social</i>	<i>Mediador</i>	<i>Sobre sí mismo</i>
-Buscaba en internet enfermedades relacionadas a sus síntomas	-Laboral	-usuario.	-Creer que padecía los síntomas de las enfermedades que leía en internet.
-Dejaba de ir a trabajar porque decía estar enfermo.	<i>Lugares</i>	<i>Mediados</i>	-Percibir dolor en diferentes partes del cuerpo.
-Le marcaba a su exnovia diciéndole que se sentía mal y que lo fuera a cuidar.	-Trabajo.	-Papá.	-Acudir constantemente al doctor familiar y al de la empresa.
-Cuando iba a trabajar se encerraba en su oficina y apagaba la luz.	-Casa.	-Empleados.	
-Creía que padecía una enfermedad con la cual no podría y que todos tenían que cuidarlo.	<i>Objetos</i>	-Exnovia.	
-Les decía a sus empleados que se sentía mal y que no lo molestaran.	Computadora: Sólo en ella buscaba síntomas en internet.	<i>Auspiciador</i>	
-Llegaba tarde a las juntas o evitaba asistir.	<i>Conducta socialmente esperada</i>	-Doctor.	<i>Sobre los demás</i>
<i>De otros significativos</i>	-Llevar la organización de la empresa		-Las empleadas lo consentían y tenían relaciones sexuales con él.
Papá: Le dice constantemente que tiene que hacerse cargo de la empresa, que no está dando el ancho para el buen funcionamiento de la empresa, que si sigue así lo va a dejar de reconocer como hijo y que si no se cura va a buscar a alguien que sí pueda hacer el trabajo.	<i>Capacidades e incapacidades para llevar a cabo lo socialmente esperado</i>		-Los empleados cubrían sus funciones en el trabajo.
Exnovia: Le dice que no está enfermo y que deje de buscar en internet.	-No sabe dirigir ni organizar una empresa		-Su exnovia le contestaba sus llamadas y mantenía relaciones sexuales con él.
Empleados: Le dicen que se ve enfermo, que debe descansar y le preguntan si está cansado o enfermo.	-Sabe delegar, indirectamente, responsabilidades.		
Doctor: Le dice que debe de cuidar su arritmia porque se podía complicar y generar otro tipo de enfermedades graves.	<i>Propensión</i>		
	-Arritmia.		
	<i>Tendencias</i>		
	-A disponer de su tiempo.		

Fuente: Elaboración propia

Análisis macrocontingencial

El siguiente paso del análisis contingencial lo comprende el análisis macrocontingencial, el cual, como se mencionó líneas arriba, es el análisis del contexto valorativo de la interacción analizada en el paso anterior, en términos de la correspondencia entre las prácticas sustitutivas y efectivas intra-individuo (i.e., entre lo que cree y hace el usuario) y entre-individuos (i.e., entre lo que valora y hace el usuario respecto de lo que valoran y hacen las personas significativas con las que se relaciona; tanto a nivel situacional (i.e., en la microcontingencia bajo estudio) como ejemplar (i.e., microcontingencias en las que se hicieron explícitos ciertos valores como un deber ser del comportamiento del individuo en ciertas situaciones).

En la Tabla 2 se representa el análisis correspondiente a este paso. Cabe señalar que, dada la naturaleza del problema bajo análisis, se consideró que el criterio de valor que contextualiza la microcontingencia bajo análisis, y que permite valorar como problemático el comportamiento del usuario, tiene que ver con ser responsable en situaciones laborales. En atención a lo anterior, como se puede apreciar en la tabla mencionada, existe una falta de correspondencias entre-individuos a nivel microsituacional respecto la Práctica Sustitutiva (P.S.) y Práctica Efectiva (P.E.) del papá con la P.S. y P.E. del usuario. Dicho análisis resulta relevante, puesto que permite identificar que el usuario valora que está siendo responsable; sin embargo, el problema radica en que el padre no valora como tal el comportamiento de su hijo. En este sentido, este caso bajo estudio tiene elementos de carácter micro y macrocontingencial.

Análisis de la génesis del problema

Una vez realizados los análisis anteriores el siguiente paso consiste en la identificación de la génesis del problema bajo estudio, ello se realiza describiendo las categorías relevantes que resumen el carácter disposicional de algunos elementos propios de la historia de la microcontingencia problema que se analizó, así como de la historia del individuo. En correspondencia con ello, el primer conjunto de categorías que se describen en este paso tiene que ver con el análisis de la historia de la microcontingencia problema de éstas, en seguida se describen las relevantes para el caso bajo estudio de este trabajo:

- Circunstancia en que se inició la conducta problema: El

usuario empezó a comportarse como lo hace en la microcontingencia actual a partir de que su padre lo deja a cargo de la empresa que creó para él y le menciona que debe empezar a ser una persona responsable y que si no podía con la organización de la empresa lo dejaría de reconocer como su hijo.

- Situación en la que inició la microcontingencia actual: Cuando el usuario se hace jefe de la empresa que le puso su padre se sintió presionado por asistir a juntas, llegar a horas fijas, supervisar el trabajo y volvió a presentar síntomas de su arritmia; por lo cual creyó que era una posible complicación. Ante tal situación revisaba enfermedades asociadas a la arritmia y creía que tenía los síntomas de las enfermedades que encontraba.

Ahora bien, el segundo conjunto de categorías que se describen en este paso tiene que ver con los aspectos de la historia del individuo que se relacionan disposicionalmente con la microcontingencia bajo estudio. En el caso particular del caso que se ha venido analizando, en los siguientes puntos se describen las categorías relativas a la evaluación de competencias del usuario J:

- Ejercicio no problemático de la conducta problema: En este caso, el comportamiento del usuario no era valorado como problemático por él en aquellos contextos en que el usuario le pedía a su exnovia que lo fuera a cuidar porque estaba enfermo; así como en los que sus empleados cubrían las obligaciones que le correspondían como jefe de la empresa y cuando algunas de sus empleadas lo cuidaban y mantenían relaciones sexuales con él.
- Funcionalidad de la conducta en tales contextos: En los contextos mencionados en el punto anterior, el comportamiento del usuario mediaba el comportamiento de su novia y empleados.
- Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente: A pesar de que el usuario se calificaba a sí mismo como una persona desorganizada, él señala que ha sabido organizarse de manera minuciosa, en cuanto a actividades y horarios, tanto para acudir al gimnasio como para realizar actividades que le permitieran tener cuidado de su arritmia. Dichas formas de organización pueden ser comportamientos potencialmente funcionales en la microcontingencia actual.

Los tres primeros pasos hasta aquí realizados se llevan a

Tabla 2. Representación del análisis macrocontingencial.

Microcontingencia ejemplar	Microcontingencia situacional
<i>Amigos del usuario</i>	<i>Papá</i>
-PS: Sus padres debían de ser responsables de ellos.	-PS: Hacerse responsable de la empresa de su trabajo
-PE: Inventaban excusas para evitar responsabilidad.	-PE: Realiza todas las funciones de jefe de la empresa, ordenar empleados
<i>Usuario</i>	<i>Usuario</i>
-PS: Sus papá tenía que hacerse responsable de él.	-PS: Su papá y los demás tienen que hacerse responsables de la empresa.
-PE: Inventaba excusas para evitar responsabilidades.	-PE: Inventa pretextos para que los demás hagan lo que le corresponde

Nota: PS=Práctica sustitutiva; PE= Práctica efectiva. Fuente: Elaboración propia

cabo para definir el caso bajo estudio valorado como problemático. Una vez realizada tal labor, se procede al análisis de soluciones y a la puesta en marcha de las estrategias de intervención; ambos comprenden los dos últimos pasos de la metodología del análisis contingencial. Por ello, en el siguiente apartado se presenta el paso correspondiente al análisis de soluciones para, posteriormente, dar paso a la descripción de la fase de intervención y de los resultados observados.

Análisis de soluciones

Para cumplir con este paso, en primer lugar, dados los análisis realizados, se concluyó que el caso bajo estudio se trata de un problema de orden microcontingencial y macrocontingencial; es decir, que existen elementos críticos tanto a nivel micro como macrocontingencial, particularmente la falta de competencias en el usuario y la falta de correspondencias entre los valores y “haceres” del usuario respecto de los valores y “haceres” de su padre. En seguida, se informó al usuario J sobre los resultados de los análisis precedentes dada la información que otorgó durante la entrevista; asimismo, se le informó sobre las posibles alternativas de solución.

De esta manera, junto con el usuario, se plantearon las diversas posibilidades de solución y se eligieron las soluciones pertinentes tomando en consideración la viabilidad de éstas, la disponibilidad de recursos necesarios, el costo emocional y los efectos a corto, mediano y largo plazo. En la Tabla 3 se presentan las opciones elegidas, las cuales, como se puede apreciar en dicha tabla, consiste en cambios a nivel macrocontingencial y en el cambio de la conducta del usuario.

En particular, junto con el usuario se optó por un cambio macrocontingencial en lo que respecta a la modificación de su práctica sustitutiva usuario (i.e., su papá y los demás debían de hacerse cargo de la empresa y de él) para hacerla corresponder con las prácticas efectiva y sustitutiva de su padre (i.e., hacerse responsable de la empresa y realizar las funciones correspondientes). Aunado a ello, se decidió la implementación de estrategias para el desarrollo de competencias en el usuario, esto dado que se identificó como un factor crítico a nivel microcontingencial cuya modificación permitirá que la práctica efectiva del usuario se ajuste a la práctica sustitutiva del padre.

Llegados a este punto, se procedió a planear y aplicar la intervención para lo cual se eligieron los procedimientos de

cambio atendiendo criterios funcionales (Díaz-González, Landa, Rodríguez y Sánchez, 1986; Rodríguez, 2002).

INTERVENCIÓN

Selección, diseño y aplicación de las estrategias de intervención

A partir del análisis microcontingencial, macrocontingencial, génesis del problema y análisis de soluciones; se desarrolló un programa de intervención que tenía como objetivo general que el usuario fuese capaz de llevar toda la organización de actividades en la empresa. Para tal fin se desarrollaron dos objetivos específicos: el primero, cambiar su comportamiento respecto a las creencias de enfermedad y sus diferentes síntomas; el segundo, consistía en que el usuario se hiciera cargo de la empresa organizándola y dirigiendo a sus empleados para que éstos realicen las actividades que les corresponden.

Para cumplir con el primer objetivo se le brindó información al usuario respecto de la arritmia y sus síntomas; de igual manera, se le explicó cómo los síntomas que reportaba sentir y el cómo el comportarse de manera enferma dados tales síntomas le generaban ciertas ganancias al mediar el comportamiento de los otros y así evadir responsabilidades y conseguir que los demás se hicieran cargo de él y de algunos de sus deberes. Finalmente, para promover la modificación de las prácticas del usuario asociadas a la búsqueda de enfermedades en internet se implementó la técnica de autocontrol (Rachlin, 1995; Rentería, 2011). En específico, el procedimiento se realizó de la siguiente manera:

- Información: Se le explicó que sus síntomas eran resultado de los beneficios que obtenía. Primero se le preguntó qué pasó para que su exnovia siguiera manteniendo contacto con él e incluso accediera a tener relaciones sexuales, a lo cual su respuesta fue: “a partir de que le decía que estaba enfermo y le decía que la necesitaba”. Asimismo, se le comentó que algo similar estaba pasando en el trabajo, puesto que estaba obteniendo cosas como: favores sexuales de empleadas y trato cariñoso, lograba que algunos de sus empleados realizaran algunas de sus funciones cuando éstos lo veían enfermo. Por otro lado, se le dio información sobre qué era la arritmia, los síntomas de ésta y cuáles eran los factores que podrían hacer que empeorara.
- Entrenamiento en autocontrol: Se le explicó al usuario cómo el hecho de que buscara constantemente síntomas en internet ayudaba a que él siguiera generando

Tabla 3. Análisis de soluciones

	Mantenimiento Macrocontingencial	Cambio Macrocontingencial
Mantenimiento Microcontingencial	-	-
Cambio en conducta propia	-	X
Cambio en conducta de otros	-	-
Opciones para nuevas microcontingencias	-	-
Otras opciones funcionales de la misma conducta	-	-

Fuente: Adaptación propia con base en Rodríguez (2002, p.125).

síntomas. Por tanto, se le argumentó que era necesario que, en cuanto abriera una página de internet respecto a sus síntomas o cualquier enfermedad, la cerrara. Se le explicó brevemente en qué consistía la técnica de auto-control y se identificaron consecuencias que tendría que implementarse él mismo cada que revisara síntomas en alguna página electrónica. Junto con el usuario se decidió la implementación de “manotazos” como consecuencias implementadas por él mismo cuando escribiera en el buscador de internet alguna enfermedad o cuando revisara algo relacionado en internet, posteriormente tenía que apagar la computadora de golpe, esto último se decidió emplear como consecuencia debido a que el usuario comentó que cuidaba mucho su laptop porque fue el último regalo que le hizo su padre y apagarla de golpe podría ocasionar daños en el disco duro y sistema y le podría generar más problemas con él.

Para cumplir con el segundo objetivo específico, el cual tenía como fin que el usuario mandara y organizara a sus empleados para que realizaran las actividades de la empresa, se enlistó junto con el usuario las actividades que tenía que realizar como jefe; se le asesoró para que se organizara y llevara a cabo una planificación y evaluación de lo que tenía que hacer como jefe; asimismo, se realizó un entrenamiento en asertividad (Zaldivar, 1994; Ortega & Calero, 2015) para que el usuario pudiera comunicarse con sus empleados y poder delegarles actividades y funciones; finalmente, se auspició que el usuario acudiera a un diplomado de dirección de empresas. El procedimiento para cumplir con este objetivo se realizó de la siguiente manera:

- Información sobre lo que es un jefe y la relación que tiene con sus empleados: Se explicó al usuario que en tanto era el jefe de la empresa y tenía bajo a su mando a todos los empleados, básicamente podía hacerse responsable de la empresa tal y como quería su padre sin tener cargas de trabajo excesivas. Se le mencionó que mientras él creía que estaba enfermo y se encerraba en la oficina, sus trabajadores realizaban todas las funciones que le correspondían a él; por tanto, se le señaló que, si lograba mandar y delegar las actividades a sus empleados, prácticamente se estaría haciendo cargo de la empresa, puesto que él está dirigiendo y organizando la manera de trabajar, con lo cual su padre ya no podría reclamarle. Además, se le planteó que tendría más tiempo para él y menos carga de trabajo, lo cual no le generaría presiones y no afectaría a su arritmia.
- Organización de Actividades: Se le explicó al usuario que, para poder comenzar a delegar y ordenar actividades, era necesario delimitar todo aquello que le correspondía hacer; es decir, precisar qué es lo que tenía que hacer, desde sus horarios, funciones y obligaciones a lo largo de cada uno de sus días de trabajo. Se descartaron cuestiones que implicaran 100% la presencia de él, como las juntas de trabajo, reuniones con su padre, etcétera. Se organizó todo en un calendario semanal dividido por

horarios según las actividades a realizar.

- Entrenamiento en asertividad: primero se le comentó que, para poder mandar a sus empleados, no podía hacerlo de manera explosiva, puesto que se podrían molestar y tampoco de manera pasiva, dado que él era el jefe. Por ello, se le explicó brevemente en qué consiste ser asertivo, así como sus características y beneficios de comportarse asertivamente. Se usó modelamiento y ensayo conductual, primero se le mostraba cómo debía de mandar a sus empleados, se regulaba la postura, mirada, tono, volumen, fluidez y lenguaje; posteriormente, se le pidió que lo realizara en el consultorio y se le retroalimentaba cada ensayo en cuanto a sus aciertos y errores.
- Asistir a diplomado de dirección de empresas: Se le brindó la opción de asistir a algún diplomado de organización de empresas, puesto que ahí le enseñarían de manera precisa como llevar a cabo toda la cuestión administrativa y de dirección de la empresa que le dejó su padre a cargo, a lo cual el usuario accedió. Se escogió un diplomado donde se planteaba el desarrollo de habilidades y aspectos tales como: gestión de recursos, liderazgo empresarial, dirigirse a otros ejecutivos, vestimenta en el trabajo, entre otros.

RESULTADOS

Es preciso señalar que en Rodríguez y Landa (1993) y en Rodríguez (2002) se enfatiza que en el análisis contingencial la evaluación del impacto de las estrategias de intervención tiene un carácter fundamentalmente cualitativo. Esto no quiere decir que se descarte la posibilidad de recabar datos cuantitativos para evaluar los cambios observados; sin embargo, este tipo de datos evalúan características discretas de las interacciones de los organismos como lo son la frecuencia, duración, intensidad, vigencia, etcétera, de determinados comportamientos. Por ello, la medición cuantitativa no permite, en su totalidad, la evaluación de los cambios que se producen al aplicar una intervención. Esto no significa que se soslaye la medición cuantitativa; por el contrario, esto quiere decir que para el análisis contingencial adquiere relevancia y pertinencia la evaluación cualitativa de las interacciones bajo estudio para dar cuenta de los efectos de las intervenciones implementadas.

En atención a lo anterior, para evaluar los cambios del caso bajo estudio en este trabajo, se recolectaron datos cualitativos por medio de entrevistas y autoreportes del usuario en los cuales se registraban los comportamientos de interés producto de la intervención implementada. La evaluación de dichos cambios se realizó en dos momentos diferentes: en primer lugar, durante la fase de intervención y en tres sesiones posteriores a que dicha fase finalizara; en segundo lugar, en tres sesiones de seguimiento las cuales se llevaron a cabo, respectivamente, a los tres, seis y doce meses posteriores a que se dio por finalizado el trabajo terapéutico con el paciente.

Cabe señalar que se empleó la Guía de evaluación de cambios (GEC) para la evaluación de los cambios en el comportamiento del usuario durante la aplicación de alguna de las etapas del análisis contingencial (i.e., ya sea durante las fases de análisis para definir el problema, del análisis de soluciones, de la implementación de los procedimientos de cambio; o bien, en las sesiones de seguimiento). Dicha guía fue originalmente propuesta por Rodríguez y Landa (1993) y recuperada en Rodríguez (2002), la cual permite describir los cambios cualitativos en el comportamiento del usuario del servicio psicológico en los diferentes momentos que conforman la metodología del Análisis Contingencial. En la Tabla 4 se presentan los resultados relevantes para el caso que se presenta en este trabajo; en seguida, se presentan las descripciones de los cambios observados en dicho caso.

Efectos sobre sí mismo de la conducta propia (11): El usuario dejó de relacionar cualquier dolor con una complicación de su arritmia, puesto que ya sabía que no estaba enfermo y era él quien se creaba los síntomas por los beneficios que le generaba. Por otro lado, dejó de buscar todo tipo de enfermedades por internet, puesto que la posibilidad de estropear su computadora portátil le desagradaba.

Conducta propia para ajustarse a prácticas valorativas de otros (16): Con la información y argumentación respecto a sus funciones como jefe de la empresa, cambió su práctica sustitutiva respecto a creer que era su papá y los demás quienes debían hacerse responsables de la empresa. Por su parte, consideró que, si bien él era quien debía hacerse responsable de la organización de la empresa, los demás podían hacer todo tipo de actividades que le correspondieran a él.

Desarrollo de competencias (13): A partir del diplomado que tomó, aprendió cuestiones tales como: dirigirse a los ejecutivos de otras empresas, cuáles son las actividades que debe realizar, la vestimenta correcta, la importancia de tener un horario de trabajo fijo, qué temas son los que se deben de hablar en juntas de negocios, entre los más destacados. En cuanto a la organización de actividades, escribió en una hoja todo lo que él tenía que hacer en la empresa e identificó empleados que pudiesen cumplir dicha labor de la

mejor manera, actividades tales como las juntas de trabajo no se tomaron en cuenta. El entrenamiento en asertividad consiguió que el usuario fuera capaz de exigir a sus empleados el cumplimiento de labores sin caer en la agresividad o imposición.

Conducta mediadora propia (12): A partir de que comenzó a delegar a sus empleados las actividades que le correspondían a él, su carga de trabajo disminuyó, con lo cual tenía tiempo para seguir frecuentando amigos y asistiendo a fiestas. Su padre dejó de presionarlo y reclamarle su incompetencia, además, sus visitas al médico únicamente eran para revisiones programadas respecto a su arritmia.

CONCLUSIONES

Es menester del psicólogo, dentro de su práctica profesional, responder no sólo a los problemas que la sociedad le exige resolver; sino, también, reflexionar sobre los conceptos y explicaciones que se usan para dar cuenta de los eventos psicológicos con los que trabaja. De no realizarse tal tarea reflexiva, la labor profesional del psicólogo puede verse limitada y mermada por infructuosas explicaciones e intervenciones sobre el comportamiento humano en general. En este sentido, el estudio de caso que se presentó en este trabajo no sólo parte de una reflexión crítica de aquellos problemas inherentes al comportamiento humano que han sido denominados tradicionalmente como psicossomáticos y/o psicopatológicos, los cuales se conciben, explican y abordan desde una lógica dualista; además, este caso se aborda desde una lógica y metodología totalmente diferentes.

Antes de cerrar el presente trabajo, no está por demás señalar que recientemente algunas posturas biopsicológicas o neurológicas han tratado de “superar” los problemas filosóficos del dualismo al tratar de ubicar las funciones psicológicas o mentales, ya no con algo inmaterial e intangible, sino con algo material: el cerebro (Pérez, 2011). Así pues, fundados en la llamada “hipótesis locacionista”, dichas posturas se han dado a la tarea de ubicar el correlato neural, nervioso o cerebral de los desórdenes conductuales o mentales para explicarlos y modificarlos (Bunge y Ardila, 2002). Sin embar-

Tabla 4. Guía de evaluación de cambios (GEC)

Momento	Procedimiento empleado	Tipo de cambio observado
I: Definición del problema	Entrevista	Sin cambios (18)
II: Análisis de soluciones	Presentación del análisis y propuestas de intervención.	Sin cambios (18)
III: Procedimientos de cambio	Debate sobre sus creencias de estar enfermo, información y autocontrol	Efectos sobre sí mismo de la conducta propia (11)
	Entrar al diplomado, información sobre sus funciones como jefe, organización de actividades y entrenamiento en asertividad	Conducta propia para ajustarse a prácticas valorativas de otros (16) Desarrollo de competencias (13)
IV: Seguimiento	Entrevista	Conducta mediadora propia (12)

Notas: Los valores que se presentan entre paréntesis en la columna de “tipo de cambio observado” se recuperaron de Rodríguez (2002, p.142).

Fuente: Adaptación a partir de Rodríguez (2002).

go, y también es importante señalarlo, partir de dicho punto de vista, en el que se atribuyen las funciones mentales a algo material —léase cerebro—, no permite superar el problema filosófico del dualismo, pues se sigue asumiendo una relación de afectación entre lo interno y lo externo; además de que persiste la aceptación implícita de una mente enferma, cuya única diferencia radica en que la explicación se centra en irregularidades cerebrales. A los puntos anteriores, se agregan otros problemas filosóficos importantes: por un lado, se reduce lo psicológico a lo biológico; y, por otro, se incurre en una falacia mereológica, es decir, atribuir el todo a una de sus partes (Bennett & Hacker, 2003, Pérez, 2011). Considerando los problemas previamente expuestos, es que adquiere sentido partir de la lógica del Modelo Psicológico de Salud Biológica derivado de la teoría Interconductual, dado que permite al menos tres cosas fundamentales: (i) superar la lógica dualista; (ii) tener un aparato conceptual propio sin tener que recurrir al de otras disciplinas; (iii) un deslinde total del modelo biomédico que ha imperado en la psicología. En este sentido, dicho modelo delimita la dimensión psicológica dentro del campo de salud; si bien, el presente caso no corresponde al área en cuestión, puesto que no se parte de criterios institucionales, el modelo permite reconceptualizar aquellos eventos psicológicos que han sido tradicionalmente definidos como psicósomáticos y/o psicopatológicos en términos de comportamiento asociado a patología biológica con/sin la presencia de ésta, donde la carencia de competencias para cumplir con las demandas que se le exige, funge como un elemento crítico en la aparición de síntomas asociados a enfermedades sin la presencia de éstas. Esta concepción se puede observar en el caso expuesto, donde J, al carecer de competencias para afrontar lo que le era socialmente esperado, es que desarrolla diversos “síntomas”, puesto que esto le permitía compensar la falta de habilidades para satisfacer lo que se esperaba de él. A partir de los resultados obtenidos en el presente caso, se puede afirmar que el uso del análisis contingencial de la mano del Modelo Psicológico de Salud Biológica, permiten analizar y modificar el comportamiento desde un punto de vista naturalista —sin necesidad de recurrir a dualismos o explicaciones cerebrocentristas— lo cual posibilita, en primer lugar, generar procedimientos de intervención a la luz de un análisis funcional y no solo el uso de técnicas ad hoc, evitando pragmatismos; en segundo, mantener un nexo entre teoría y práctica. Finalmente, cabe resaltar que el presente trabajo busca la promoción de la práctica profesional de la psicología a la luz de sus propios criterios y conceptos; evitando la inclusión de categorías y modelos analíticos procedentes de otras disciplinas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores expresan que no hay conflicto de interés al redactar el artículo.

FINANCIAMIENTO

El manuscrito no cuenta con financiamiento de ninguna institución o proyecto.

REFERENCIAS

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G. & Reis, V., (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bennet, M. & Hacker, P. (2003). *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Washington: Blackwell Publishing.
- Borkum, J. M. (2010). Maladaptive cognitions and chronic pain: Epidemiology, neurobiology, and treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(1), 4-24.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793-815.
- Bunge, M. & Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. Barcelona: Siglo XIX.
- Cano, F. J. & Rodríguez, J. F. (2017). *Patología psicósomática*. En A. Polaino, C. Chiclana, F. López & G. Hernández (eds.), *Fundamentos de Psicopatología [epub]*. Madrid: Biblioteca Salud Mental.
- De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1655-1667.
- Deary, I. J., Scott, S. & Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 551-564.
- Deary, V., Chalder, T. & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M. L., Ribes, E. & Sánchez, S. (1986). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255.
- Fernández, R., Fernández, C., Amigo, I. & Pérez, M. (2006) Síntomas somáticos médicamente inexplicados. *Análisis y Modificación de Conducta*. 32(142), 195-216.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M. & Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 85-92.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Kantor, J. R. & Smith, W. N. (2015). *La ciencia de la psicología: un estudio interconductual*. México: Universidad de Guadalajara.
- Kellner R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(1-2), 4-24.
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H. & Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 161-171.
- Kleinstäuber, M. (2013). Psychotherapy for medically unexplained physical symptoms (MUPS): The state of the art. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 549-550.
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J., Schagen, S. & van Wijk, C. M. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2343-2354.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881-888.
- Lacunza, C. I., Díaz, F. J. & Ardanaz, A. M. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno hipocondríaco severo. *Revista de*

- Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 79-99.
- Lemos, M., Restrepo, D. A. & Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 137-147.
- Mauder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556-567.
- Martin, A., Rauh, E., Fichter, M. & Rief, W. (2007). A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: A randomized clinical trial. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 48(4), 294-303.
- Norman, D. A. & Shallice, T. (2000). *Attention to action: Willed and automatic control of behavior*. Cognitive Neuroscience: A Reader, 376-390.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits J. A. & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65-74.
- Öst L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-21.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, M. & Calero, A. (2015). Un caso de interacción no asertiva. *Clínica contemporánea*, 6(1), 21-32.
- Pena, J. A. (1997). Tratamiento de un caso de hipocondría con rituales obsesivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), 181-190.
- Pérez, M. (2011). El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura. Madrid: Alianza Editorial.
- Rachlin, H. (1995). Self-control: Beyond commitment. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 109-159.
- Rentería, A. (2011). *Autocontrol*. En Valladares, P. & Rentería, A., *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos* (pp. 133-165). México: Universidad Nacional Autónoma de México – Facultad de Estudios superiores Iztacala.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2009). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(2), 7-19.
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. México: Manual Moderno.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8, 27-52.
- Rief, W., Martin, A., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2005). Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 596-601.
- Rodríguez, M. L. (2002). *El análisis contingencial. Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México – Facultad de estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M. L. & Díaz-González, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación a un problema psicológico. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22843/21568>
- Rodríguez, M. L. & Landa, P. (1993). Validación del análisis contingencial como metodología de cambio conductual. *Salud y Sociedad*, 2, 27-36.
- Rubin, G. y Wessely, S. (2001). Dealing with dualism. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17(4), 256-259.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Neva York: Barnes and Noble.
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270.
- Smits, J. A., Berry, A. C., Tart C. D. & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1047-1054.
- Szasz, T. (1982). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Szasz, T. (1996). *El mito de la psicoterapia*. México: Ediciones Coyoacán.
- Tapia, C. (2019). *Fibromialgia: un análisis desde el modelo psicológico de la salud biológica* (tesis de licenciatura inédita). México: Universidad Nacional Autónoma de México – Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Turbayne, C. M. (1974). *El mito de la metáfora*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31.
- Voigt, K., Nagel, A., Meyer, B., Langs, G., Braukhaus, C. & Löwe, B. (2010) Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 403-414.
- Witthöft, M. & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257-283. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505>
- Zaldivar, D. F. (1994). La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de Psicología*, 11(1), 53-64.